



我國精神衛生法強制社區治療制度之未來 —以比較法制之經驗切入*

丁 正 杰**

目 次

壹、引言	1. 薩克其萬
貳、強制社區治療概述及爭議點簡介	2. 安大略
一、定義	二、實踐情況及相關研究
二、分類	(一)關於薩克其萬之實證研究
三、制度歷史簡述	(二)關於安大略省之實證研究
四、爭議之所在	(三)其他研究
(一)哲學與倫理層面	肆、我國強制社區治療之未來
(二)實證層面	一、條文規定
(三)制度實踐層面	二、治療標準
參、比較法經驗—以加拿大經驗為例	三、治療同意
一、加拿大法制的概述	四、治療期間
(一)有條件出院	五、程序保護
(二) CTO	伍、結論

關鍵字：強制社區治療、精神衛生法、CTO、MOT。

Keywords： Mental Health Act, Community Treatment Orders (CTO), Mandatory Outpatient Treatment (MOT).

* 作者感謝臺灣大學法律系吳建昌教授之指導，以及匿名審查人之意見。

** 丁正杰，律師高考及格，國立臺灣大學法律研究所碩士生。

摘 要

精神衛生法已於 2007 年修正並於隔年施行，且本次修正也開東亞之先河，引進強制社區治療制度。然精神衛生法之條文規定，仍存有某程度之解釋疑義存在，而撰文之時尚未出現任何案例，故難以求諸實務見解答上開疑義。本文由比較法出發，先對於此一國人極度陌生之制度，由定義、歷史脈絡、爭議點等不同面相，予以概略性之介紹。次而以加拿大為例，介紹其強制社區治療制度，並輔以實證研究之成果，探討強制社區治療在加拿大之實踐情況。從而以比較法之經驗為借鏡，主張現行強制社區治療之適用標準，可依文義解釋及擴張解釋，而納入加拿大造成自己或他人傷害或是惡化性之標準，彌補我國法適用標準空泛之弊病。此外，本文也認為我國法可無視病人之反對施予強制社區治療之規定有所不妥，應予刪除。另應明定每次延長治療均應經過審查會實體審查通過方可為之。最後在程序保障以及資訊提供方面，由於加拿大法制也較缺乏，可以西澳洲之法制規定為借鏡，建議我國於修法時，應對於強制社區治療病患之權利清單以及救濟途徑有所規定，以達法制完備之目的。

The Future of Mandatory Outpatient Treatment in Taiwan — Lessons from Canadian Experience

Ting, Chen-Chieh

Abstract

Taiwan's Mental Health Act was revised in 2007, and came into effect in 2008. After this revision, Mandatory outpatient treatment (MOT) was formally induced into Taiwan. Although there hasn't been any case in Taiwan since 2008, There are still certain problems that need to be solved in interpreting laws.

In this article, I will review Canadian's system, and try to find solutions to the Taiwanese problems via Canadian and other countries' experience First, I will define the concept of MOT, classifies the type of MOT, especially so-called community treatment order (CTO), and point out some of common arguments about CTO. Then I will focus on Canadian's experience. Next section I will contend that Canadian's standard can be used to help us deal with the abstract Taiwanese Mental health Act. Furthermore, some part of the Act, such as the duration of CTO, the consent of receiving CTO, and the procedural protection of patients, need to be improved and revised.



壹、引言

臺灣之精神衛生法於 2007 年 7 月 4 日修正通過，並於 2008 年 7 月 4 日正式施行。值得注意的是，於本次修正中，於精神衛生法中引進了強制社區治療制度，係東亞第一個引進此一極具爭議性制度者。

於本文寫作時點，尚未出現適用此一制度之本土案例，也導致許多規範上的疑義缺少實務之解釋¹。而國外雖對於此一制度之肯否以及實證研究方面均有大量討論，然而國內文獻之探討卻相當有限²。由於此一制度之施行已是不爭事實，故本文將不以制度之引進及肯否為重心，而將焦點置於法規解釋疑義上，由於實務見解以及案例等同於零，故法規疑義之解釋需求諸於比較法。考量本文篇幅³，以及制度類型相似性，並參酌該國社會對於強制社區治療制度之接受程度，本文主要將以加拿大對於強制社區治療之經驗作為參照⁴，將對於該國之制度之以及有相關之實證研究做較詳細的介紹，以了解其規範實

踐之情況，然而取材上並不僅侷限加拿大之文獻，某些議題也將提及其他國家之論述。

本文架構上，於引言後，由於國內對此制度仍相當陌生，故先針對強制社區治療之定義，並對此一制度主要爭議點為簡介。其次介紹加拿大之相關經驗，接著以國外經驗做借鏡，對我國法制做比較參照，冀能對於我國規範潛在之疑義，提供某些可能解釋之思考。

貳、強制社區治療概述及爭議點簡介

一、定義

談論強制社區治療之概念，在比較法文獻上有眾多不同的用詞，也增加了研究的困難。例如：mandatory community treatment (MCT), outpatient commitment (OPC), involuntary outpatient treatment, community treatment orders (CTO), mandatory outpatient treatment (MOT) 等⁵。在此將 MOT 當成最上位概念，定義為可命令有精神疾病之人住在社區當中

¹ 精神衛生法雖已於 2008 年 7 月施行，然而強制社區治療制度實際上卻要到 2010 年才能達到試辦階段，請參見：〈<http://www.libertytimes.com.tw/2009/new/nov/7/today-life12.htm>〉，查訪日期：2010 年 3 月 28 日。此外，關於病友團體對於此現象之看法，可參見：〈http://www.心生活.tw/editor_ndoc/editor_docview.asp?id=24〉，查訪日期：2010 年 3 月 28 日，此一專欄中有許多病友團體角度之思考，可提供不同面相之思考。

² 國內之文獻可參考：吳建昌、宋維村，〈強制社區治療之倫理問題〉，《臺灣精神醫學》，2008 年 6 月，22 卷第 2 期，頁 84-95。

³ 比較法上擁有強制社區治療制度之地區，截至 2007 年，計有：英格蘭及威爾斯、蘇格蘭、美國 41 個州、加拿大兩個省、澳洲全部的州、紐西蘭、以色列。蓋強制社區治療討論上雖有相似之處，但中間歧異之設計以及不同之研究切入面相，所在多有，故本文能力難以在有限的篇幅中關照到全局，實屬憾事。可參見：Rachel Churchill, Gareth Owen, Swaran Singh, Matthew Hotopf, *International experiences of using community treatment orders*, Institute of Psychiatry, London 28 (2007), Available at 〈<http://www.iop.kcl.ac.uk/news/downloads/final2ctoreport8march07.pdf>〉。

⁴ 相較之下，相似制度在美國有激烈的肯否爭議，加拿大雖也有類似美國之現象，但爭議程度不若美國激烈，而澳洲與紐西蘭相對之下則較為肯定此種制度。可參見：Jeffrey L. Geller, *The evolution of outpatient commitment in the USA: From conundrum to quagmire*, 29 *International Journal of Law and Psychiatry* 235 (2006)。

⁵ 吳建昌、宋維村，〈強制社區治療之倫理問題〉，《臺灣精神醫學》，2008 年 6 月，22 卷第 2 期，頁 85。

時，需遵守治療計畫之法律條款⁶。

MOT 在不同地區，有不同的施行模式。例如美國許多州之法院可要求個人在社區居住時，需遵守特定的治療計畫，此種 MOT 稱為 outpatient commitment (OPC)；儘管常基於精神醫生之請求而發動，但 OPC 仍係由法官開啟之程序，而 community treatment orders (CTO) 則通常係由精神醫生開啟，於病患住院或居住於社區時啟動，這種模式則有加拿大安大略省及薩克其萬省採用⁷。然而，OPC 與 CTO 之分類並非如此如定義般絕對。例如澳洲新南威爾斯的 CTO 是由法院管理，也有 OPC 則是由精神醫生發動的⁸。

按我國精神衛生法第 3 條第 6 款規定社區治療，即為避免嚴重病人病情惡化，於社區中採行居家治療、社區精神復健、門診治療等治療方式，同條第 4 款則限定嚴重病人為呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。在同法第 45 條第 2 項，規定嚴重病人拒絕接受社區治療時，於經直轄市、縣（市）主管機關指定之專科醫師診斷仍有社區治療之必要，嚴重病人拒絕接受或無法表達時，指定精神醫療機構應即填具強制社區治療基本資料表、通報表，並檢附嚴重病人及其保護人之意見及相關診斷證明文件，事前向審

查會申請許可強制社區治療。故由上述規定可知，我國社區治療之規定，與比較法上對於 MOT 定義並無太大區別。至於制度發動點，在我國係由專科醫師診斷後，由精神醫療機構提出申請，故我國之規範模式應可歸類為由精神醫生發動之 CTO 模式。本文行文中，將以強制社區治療指稱 MOT，特別需要強調不同 MOT 模式時，則以英文縮寫行文。蓋比較法上往往以不同模式為研究標的，但在制度有效性以及適當與否之討論上卻是相似的⁹。

二、分 類

我國強制社區治療所採用之 CTO 模式，文獻上對於此種模式又有兩種分類：牽制性 CTO (diversionary CTO) 與預防性 CTO (preventive CTO)。前者之啟動標準，等同於精神病患住院標準，故可視為精神病患非自願住院及接受治療時的一種替代形式，優點在於可確保病患能維持社區生活，且也可進行一個最小限制之治療；相對於牽制型 CTO，即使病患不符合司法非自願入院之標準，仍可啟動預防型 CTO。在比較法制上，有些制度設計尚要求對病患採用 CTO 之前，需要滿足其他要求，例如先前病患需有非自願住院之情事，且天數尚需達到一定門檻¹⁰。

⁶ O'Reilly et al, *CPA Position Paper : Mandatory Outpatient Treatment*, 48 No7 Canadian Journal of Psychiatry, insert1 (2003).

⁷ *Id.*, at insert2.

⁸ Stephen Kisely, Leslie Anne Campbell, Neil J. Preston, Jianguo Xiao, *Can epidemiological studies assist in the evaluation of community treatment orders? —The experience of Western Australia and Nova Scotia*, 29 International Journal of Law and Psychiatry 508 (2006).

⁹ Richard O'Reilly, *Why Are Community Treatment Orders Controversial?*, 49 No 9 Canadian Journal of Psychiatry 579(2004).

¹⁰ O'Reilly et al, *CPA Position Paper : Mandatory Outpatient Treatment* 48 No7, Canadian Journal of Psychiatry, insert2 (2003)。另外，除了本文所提及的分類方式外，有文獻並無牽制性 CTO 的分類，而係採用 least restrictive CTO 的分類。概念上認為此種模式的 CTO，其施行標準與住院治療的標準相同，可確保對

依照我國精神衛生法第 45 條第 1 項與第 2 項之規定，社區治療制度強制發動主要之門檻係嚴重病人不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞，經專科醫師診斷有接受社區治療之必要。蓋嚴重病人拒絕接受社區治療，此係一非常抽象之門檻，含義為何仍有疑義，然由精神衛生法第 20 第 4 項規定之「非立即給予保護或送醫，其生命或身體有立即之危險或有危險之虞」而言，若由文義解釋的角度觀之，該非自願住院標準之規定仍與強制社區治療標準有別，強制社區治療也並未要求符合精神病患住院標準方可使用，故在分類上，我國制度仍應歸類於預防性 CTO 當中。

三、制度歷史簡述

在討論強制社區治療肯否爭議之前，若對於此一制度出現之歷史脈絡有所了解，應有助於對於制度爭議之理解，故此一章節將先介紹強制社區治療出現之歷史脈絡。於社區中進行強制治療之概念，可分為數個時期。第一個時期，可追溯於美國 1960 以及 1970 年代之去機構化，蓋哥倫比亞特區 1966 年通過了非自願社區治療之法規，此被視為對於

精神疾病住院病患，予以較少限制之替代治療方式，且也和減少病患非自願住院治療，增加個人自主之原則相一致。這種早期的方案，有一部份也係針對社會上批評精神醫院係強制病患接受治療之批評有所回應。然而，此方案仍遭遇到以病患權利以及治療有效性為論點依據之反對意見¹¹。

強制社區治療之第二階段，係被美國當成兩個棘手問題—旋轉門症候群（revolving door syndrome），以及病人出院後欠缺治療之問題—之可能解答。而所謂旋轉門症候群則係形容病人多次重新住院，在醫院進進出出之現象。此一階段進行到 1994 年時，已有 35 個美國的州完成強制社區治療的立法¹²。

四、爭議之所在

了解強制社區治療之歷史脈絡後，下一個議題為：此種制度究竟應否允許？此處擬針對比較法上對強制社區治療之爭議予以簡述，由於相關的爭論點非常多，故本文僅針對其中數點討論予以介紹。以下以文獻對於強制社區治療中 CTO 模式之討論為例，條列部份強制社區治療常見之爭議點¹³。

於精神狀態惡化的病人之治療，若適當執行，可創造一個限制小於住院治療之替代模式。此一分類內涵上與本文所列之牽制型 CTO 有類似之處，且在分類上，紐西蘭的 CTO 制度，不同學者有將其列為牽制型 CTO，也有將之列為具有 least restrictive CTO 特色者，有關 least restrictive CTO 之介紹，可參考：Rachel Churchill, Gareth Owen, Swaran Singh, Matthew Hotopf, *International experiences of using community treatment orders*, Institute of Psychiatry, London 29 and 40 (2007), <<http://www.iop.kcl.ac.uk/news/downloads/final2ctoreport8march07.pdf>>；牽制型 CTO 部分可見：O'Reilly et al, CPA Position Paper: Mandatory Outpatient Treatment 48 No7, Canadian Journal of Psychiatry, insert2 (2003)。

¹¹ Anthony J. O'Brien, Brian G. McKenna, Robert R. Kydd, *Compulsory community mental health treatment: Literature review*, International Journal of Nursing studies, in press, available at <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.006> 6 (2009).

¹² *Id.*, available at <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.006> 6 (2009).

¹³ 此整理可參見：Richard O'Reilly, *Why Are Community Treatment Orders Controversial?*, 49 No 9 Canadian Journal of Psychiatry 580 (2004)，中文翻譯為作者自譯。

贊成者：

1. CTO 是精神機構去機構化後，吾人可預測到且可接受的結果。
2. 社會具有父母照顧小孩般之責任，必須照顧那些不能照顧自己之人。
3. 許多病人持續欠缺自己患有精神疾病之意識。
4. 當病人對於精神疾病缺少深刻理解時，僅提供某些公共設施令其使用並不足以解決相關問題。
5. 反對者認為病人變得危險時，可以交由精神醫生安全處理。此一假設有所誤解。
6. CTO 的限制少於病患非自願住院。
7. 研究肯定了 CTO 的有效性。
8. 沒有證據指出 CTO 的負面效果。

反對者：

1. 社會不能強迫個人接受治療。
2. CTO 已將強制力擴大及於社區當中。
3. 在社區中要保護病人的權利更為困難
4. 只要有足夠的公共設施可供利用，就不需要 CTO。
5. 提供適當精神醫療設施之行為將被強制社區治療取代。
6. 當尚有其他有意願卻無法進入精神醫療設施之人時，就不應該強制沒有意願者接受。

7. 人民拒絕藥物治療常常係出於副作用或其他善意理由。
8. 對於 CTO 的研究沒有結論。
9. CTO 會被用來清除掉街上令人不滿意之人。
10. 醫院中會充滿著不遵守治療因而被送入醫院之病人。
11. 此一制度形同強制將人趕出一般之心理健康系統。

由上述的整理可見，對於強制社區治療之爭議，包括哲學與倫理、實證、實踐面之擔憂等不同面相。故以下將針對這幾個部份，做概要之介紹。

(一) 哲學與倫理層面

反對 CTO 之人有提出 John Mill 的說法，氏認為權力可違抗市民社會成員意願而行使之唯一目的，係防止他人受傷害，僅對該人本身身體或心理有益，並不足以作為批准權力行使之根據。而義務論者則認為，個人自主在任何環境下都應該絕對被尊重。此外，有些批評 CTO 之論點則辯稱強制在哪裡發生並無影響¹⁴，無論在任何脈絡下，強制都是有害的；支持者則補充了 Mill 的主張當中，也包括了不能照顧自己之人，也必須被保護免於自我傷害。且功利主義者也認為任由病人選擇精神疾病痛苦之選擇自由，在某些情況下，應該被限制之論點，予以反駁¹⁵。

我國學者有針對 MCT (Mandatory Community Treatment) 而由以下述幾個面向來檢

¹⁴ 這裡產生了一個切入點，即倘若社區治療不是強制的，是否會招致比較小的反對意見？答案或許是肯定的，但本文認為，由旋轉門症候群的產生，往往是因為病人並不認為自己生病需要治療而產生，以及我國精神衛生法「不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞」之文字而言，倘若不能強制，或許對於此種不認為自己需要治療之病人，精神衛生法將無計可施。

¹⁵ Richard O'Reilly, *Why Are Community Treatment Orders Controversial?*, 49 No 9 Canadian Journal of Psychiatry 580 (2004).

驗其倫理性：自主的尊重、無惡意原則、善意與有效、優點與缺點的比例平衡、損益正義分配、重要共同價值的強化¹⁶，然而總體而論，此一領域之研究仍呈現百家爭鳴，莫衷一是的景象。

(二)實證層面

強制社區治療之實證研究領域中，對於強制社區治療有效性之研究，至今仍是顯學。此處將針對研究的發展歷史為一簡介，其中個別文獻的回顧，以及不同研究方法與重心的討論方面中，有關加拿大之部份則將於本文後面篇幅再行討論。

關於強制社區治療有效性之研究，大致可分成三個時期。第一時期累積豐富的案例研究，對有效性的描述是正面的；第二時期的研究，使用了準試驗式之設計與考察，認為CTO在某些面相，例如入院治療數量的減少、縮短留院期間等方面，效果十分有限。然而針對上述研究，亦有論者提出研究某些設計上缺失，例如選擇偏差、規模太小、欠缺對照組比較、回顧式研究設計等，故「強制社區治療係有效的」，此一結論之有效性與通則性仍受到某些限制¹⁷。

第三時期的研究，以美國為例，曾進行了兩種針對MCT所做的RCT（randomized controlled trials，隨機控制實驗），分別在紐

約及北卡羅萊納進行，研究的對象主要是OPC模式之強制社區治療。前者並未發現法院所命令施行之OPC，對於病人的住院上有統計上的顯著不同，然此一結論或許肇因於樣本的不足；而後者則有較大的樣本，且對於OPC的有效性則有較正面的看法，另外也發現只有對於有被延長強制社區治療之病患才有效果存在。不過上開研究同樣受到批評而仍有所疑義¹⁸。由Churchill主導的系統回顧，包括了所有公開與非公開的資料，基本上也認為目前沒有任何的實證研究能夠有力的支持或反對強制社區治療¹⁹。另有認為強制社區治療在更進一步的RCT結果出現前，不該被使用。然而此種說法，遭學者以由本質上而言，進一步的RCT目前不可能完成為由駁斥²⁰。即使支持強制社區治療之文獻似有較強的實證研究作為依據，但亦往往有某些選擇偏見無法完全克服，令反對者仍存有立論空間。

(三)制度實踐層面

CTO制度之實踐層面問題係不同立場學者爭辯之另一焦點，可說是一種想像與實際運作面相之角力。反對者設想了各種情況攻擊強制社區治療，而肯定者則以實證證據作為制度運作現實之依據，強力反駁反對者所設想之情事有出現在制度現實運作當中。相

¹⁶ 吳建昌、宋維村，〈強制社區治療之倫理問題〉，《臺灣精神醫學》，第22卷第2期，2008年6月，頁87。

¹⁷ 吳建昌、宋維村，同前註，頁87-88，2008年6月；Jeffrey L. Geller, *The evolution of outpatient commitment in the USA: From conundrum to quagmire*, 29 International Journal of Law and Psychiatry 236-241 (2006).

¹⁸ Richard O'Reilly, *Why Are Community Treatment Orders Controversial?*, 49 No 9 Canadian Journal of Psychiatry 581 (2004).

¹⁹ Rachel Churchill, Gareth Owen, Swaran Singh, Matthew Hotopf, *International experiences of using community treatment orders*, Institute of Psychiatry, London 148 and 166 (2007), Available at <<http://www.iop.kcl.ac.uk/news/downloads/final2ctoreport8march07.pdf>>.

²⁰ Richard O'Reilly, *supra* note 17, at 581 (2004).

關之爭議點並不少，此處擬以滑坡效應以及 CTO 持續期間為例，討論此類爭議。

有關滑坡效應的討論，CTO 之反對者認引進強制社區治療係落下滑坡的第一步，最終將會導致精神病患受到廣泛地強制施壓，但肯定者則舉出澳洲司法為例，雖被認為係世界上最廣泛使用強制社區治療的司法權之一，其報告卻指出每年使用者於每 10 萬人當中也僅有 20 至 43 人。根據統計，採用 OPC 之澳洲新南威爾斯，於 1996 年時，每 10 萬人有 43 人使用了 OPC；而最早引進 CTO 立法之澳洲維多利亞，1994 年則係每 10 萬人有 20 人使用 CTO²¹。因此，肯定者進而指出臨床上醫師僅對一小部分有嚴重精神疾病的人使用強制社區治療²²，反駁反對者滑坡效應之論點。

關於病人留置於 CTO 期間之討論上，反對者有認為住院治療時，尚且有醫院之病床壓力作為確保病人不致於長期留院接受治療，形成一種無形的保障，然而沒有病床壓力的強制社區治療，將導致病患們恐懼會被留置於 CTO 當中過久。而肯定者先表示何為合理期間並不好判斷，此外也提出研究，表示絕大多數病人於強制社區治療中都只停留很短的時間²³。

由北美以及澳洲法規之規範面做觀察，除了澳洲維多利亞治療命令有效期間係為 12

個月外，其他法制設計對於治療命令初始之有效期間，多設計為 6 個月以內。例如設計為 90 天者有美國北卡州；3 個月者有加拿大薩克其萬省、澳洲西澳；6 個月者有美國紐約州、加州、佛羅里達州、加拿大安大略省²⁴。

關於病人置於 CTO 之期間之問題，尚有另外一個爭議之臨床困境，即病情穩定是 CTO 成功的衡量標準，或是 CTO 應該被持續下去的指標？換言之，病人的病情有所穩定，究竟代表 CTO 已經成功而應該功成身退，抑或是 CTO 僅得到初步成果，應該持續下去？研究發現，對於穩定病人的治療命令被撤回後，大約一半的人會好轉，另一半則有更壞的結果產生，故此一爭議暫時沒有解答²⁵。

參、比較法經驗－以加拿大經驗為例

以下兩章節將介紹比較法上之制度與經驗。如同本文開頭所述，具有強制社區治療之國家甚多，且國家當中往往又有不同制度設計，礙於篇幅，以下將以制度上較偏向 CTO 模式，且對於強制社區治療爭議程度又稍小於美國之加拿大為例，對於其 CTO 經驗做較完整之探討。在架構安排上，由於加國在制度上因省份不同，有不同之設計，故在制度介紹方面，將先為概略式的簡介，並會

²¹ Paddy Power, *Community treatment orders: the Australian experience*, 10 No 1 The Journal of Forensic Psychiatry 10-11 (1999).

²² Richard O'Reilly, *Why Are Community Treatment Orders Controversial?*, 49 No 9 Canadian Journal of Psychiatry 580-581 (2004).

²³ *Id.*, at 582-583 (2004).

²⁴ Rachel Churchill, Gareth Owen, Swaran Singh, Matthew Hotopf, *International experiences of using community treatment orders*, Institute of Psychiatry, London, 32-45 (2007). <<http://www.iop.kcl.ac.uk/news/downloads/final2ctoreport8march07.pdf>>.

²⁵ Richard O'Reilly, *Why Are Community Treatment Orders Controversial?*, 49 No 9 Canadian Journal of Psychiatry 582-583 (2004).

對於較有代表性的省之制度予以探討。之後，為對於制度實踐情況有更深刻的了解，將針對該國的一些實證研究予以介紹。蓋實證研究有效性的探討雖如前文所述，在結論的支持與反對上多有爭議，但此類研究對於制度實踐的理解還是有所幫助，因此本文仍將予以介紹。此外，針對較近期的研究、不同的研究方法、以及較特殊的議題，也會略為提及。

一、加拿大法制的概述

加拿大行政區計有 10 個省 3 個地方，其中有兩個地方係共用同一部法律，故實際上有 12 個不同的精神健康法（*mental health act*）。該類法律中除規定兩種類型的強制社區治療：有條件出院（*conditional leave from hospital*）以及 CTO 外，也有其他之機制設計，例如監護、預立指令等，考量到議題複雜性以及實際上使用之目的，此處只介紹兩種類型的強制社區治療²⁶。

（一）有條件出院

有條件住院係指病患仍持續符合住院標準，但病人若遵守特別的出院條件，即可居住於社區之中。而 12 個加拿大精神健康法中有 7 個具有此種規定。主要的差異在於出院前的條件、出院命令的更新以及同意。例如曼尼托巴要求要有 3 次的非自願住院，或是在 2 年內總共 60 天的住院天數才可能離開醫

院；而安大略以及愛德華王子島對於有條件出院之命令更新有所限制，儘管病患並無需要重新住院之情事，有條件出院之命令仍不當然更新。安大略省更規定出院期間不可超過 3 個月。

至於有條件出院是否需要病患或是代替決定者同意，曼尼托巴、愛德華王子島，以及育空地方有需要獲得同意，其他四個地方則係由醫院授權出院²⁷。

（二）CTO

薩克其萬以及安大略則分別於 1994 年以及 2000 年引進了 CTO。以下將針對兩個地方之規範予以簡介。

1. 薩克其萬：

該省使用 CTO 必須符合若干標準²⁸：

1. 該人需患有精神疾病，所需要之治療或照顧亦可於社區中提供。
2. 該人居住於社區時，若未接受治療或照顧，有可能傷害自己或他人，或該人因為疾病而有肉體或精神上的惡化，而病人無法了解及做出治療照顧以及疾病監督需要之決定，同時社區中需能夠提供該病患所需之服務。
3. 病人能夠遵守 CTO 之治療要求，以及 CTO 當中之監督。
4. 病人在過去 2 年需滿足下列條件之一：留置於精神設施中 60 天以上，或因不同事實成為非自願住院病人 3 次以上，或正在進

²⁶ 此處的強制社區治療，於原文中係使用 CCT (*compulsory community treatment*)，而非本文前面定義之 MOT。觀察文獻用語，大英國協的國家較會使用 CCT 之用語。考量內涵上並無太大的差異，此處仍然翻譯為強制社區治療。可參考：John E. Gray, Richard L. O'Reilly, *Canadian compulsory community treatment laws: Recent reforms*, 28 *International Journal of Law and Psychiatry* 15-16 (2005).

²⁷ *Id.*, at 15-16 (2005).

²⁸ Rachel Churchill, Gareth Owen, Swaran Singh, Matthew Hotopf, *International experiences of using community treatment orders*, Institute of Psychiatry, London 38 (2007), Available at <<http://www.iop.kcl.ac.uk/news/downloads/final2ctoreport8march07.pdf>>.

行 CTO。

上開標準中，最值得注意者之一，為病史之要求。相較於有條件住院，CTO 之執行原本並不需要有病患住過院的先決條件存在。但在薩克其萬省，病人必須要先前有住院史才可能使用 CTO。此種規定提供了具體明確之 CTO 適用標準，相當值得注意。

然而，此種規定也遭到批評。論者由該省每年每 1 百萬人僅有 14 個病患使用 CTO 之角度，認為此一制度有功效低落的現象。另有認為此種規定可能導致臨床醫師為了滿足 CTO 發動之前提條件²⁹，而將病人留置於醫院過久，僅為了滿足 CTO 的前提條件³⁰。

此外，該省之規定下，僅有無法自我決定治療照顧之人，CTO 才可能有介入空間。這種設計可以視為是一種非同意模型，即當患者失去同意治療的能力時，並不將決策權交給替代的決策者，反而是由精神醫生成為病患之治療決策者，這種設計則與同樣具有 CTO 制度之安大略省大異其趣。

在決定 CTO 執行之程序方面，薩克其萬省規定應由兩位精神科醫生完成檢查之後，

一致認為有符合 CTO 之標準後才可執行。關於 CTO 之期間，有效期間為 3 個月，之後需接受同樣監督住院治療之審查委員會為審查，且並無最長執行期限之規定³¹。

2. 安大略：

安大略省的精神健康法，也稱為 Brian's Law，係以一位被患有精神分裂症之人所槍殺的受歡迎運動評論員而命名³²，該省執行 CTO 之標準為³³：

1. 過去三年，該人曾留置於精神設施中住院共達 2 次以上，或合計達 30 天以上，或正在進行 CTO。
2. 社區治療計畫已完成³⁴。
3. 病患在 CTO 執行前，已經過精神科醫師 72 小時之檢查，且經醫師確信：
 - (1) 該人之精神疾病，若欲居住於社區之中，需接受持續之治療照顧以及監督
 - (2) 病患並非留置於精神設施中之病人，但符合住院標準³⁵
 - (3) 若該人居住於社區時，未持續獲得治療照顧或監督，可能會由於精神疾病，導致自己或他人嚴重之身體傷害，或實質

²⁹ John E. Gray, Richard L. O'Reilly, *Canadian compulsory community treatment laws: Recent reforms*, 28 International Journal of Law and Psychiatry 28 (2005).

³⁰ *Id.*, at 28.

³¹ Mental Health Act, S.S. 1984-85-86, c. M-13.1 as am (22.4).

³² Richard O'Reilly, *Why Are Community Treatment Orders Controversial?*, 49 No 9 Canadian Journal of Psychiatry 582 (2004)；有關此故事可見：<http://www.snbexpress.com/brian/index.html>，查訪日期：2009 年 6 月 15 日。此網站係受害人家屬鼓吹連署 Brian's Law 所架設，可藉此體會另一種迥異於學者探討之觀點。

³³ Rachel Churchill, Gareth Owen, Swaran Singh, Matthew Hotopf, *International experiences of using community treatment orders*, Institute of Psychiatry, London 38 (2007), Available at <<http://www.iop.kcl.ac.uk/news/downloads/final2ctoreport8march07.pdf>>.

³⁴ 所謂治療計畫，係由可能被施行 CTO 之人或是其代替決策者所為，簽署 CTO 的精神醫生以及任何被提供治療照顧監督之人，都要照著計畫行事。可參閱：<<http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/mental/faq.html>>，查訪日期：2009 年 6 月 15 日。

³⁵ 此種文字似會引起誤解，認為安大略省之 CTO 應為牽制型 CTO。但由於該省的 CTO 標準，仍然和住院標準分離而有所不同，故文獻上還是將其歸類為預防性 CTO。可參見：Rachel Churchill, Gareth Owen, Swaran Singh, Matthew Hotopf, *supra* note 33, at 37 (2007).

上之精神或身體上之惡化

(4)病患可以遵守治療計畫

(5)社區中可提供治療照顧或監督

4.精神醫生已與醫療從業人員或治療計畫中所提及之人諮詢過。

5.精神醫生對於病人之情況有所確信，且病人若有代替決定者³⁶，該決定者已與法律諮詢者諮詢並了解法律上之權利。

6.病人或其代替決定者同意治療。

上開標準中，與薩克其萬省相同者為先前病史之要求，即具備先前病史係CTO執行之前提條件。此外，二省同樣有可能造成自己或他人傷害，或是導致惡化之標準存在³⁷，這兩種標準之差別在於所謂惡化性標準，需該患者先前已經患病，方有惡化之可能。換言之，倘若初次患病，便無從運用此一標準。

二省制度最大的不同，在於自願同意之要求。在安大略省，若是病人無法自己同意，必須由其代替決定者同意之後，才可使用CTO，異於薩克其萬省之醫生決定模式，這二種不同設計也正好分別代表國家決定模式（state model）與私人決定模式（private model）。

國家決定模式指由國家單位，例如法院或醫院醫生替不能自己做決定之病人下決定，薩克其萬屬之，而加拿大目前也有5個省使用此模式³⁸；其他各省使用之私人決定模式，原則上由能自己決定之病人做決策，若無法自己決定，則倚賴代替決定者為之，安大略

省為此模式之代表。一般而言，政策選擇上多會對強制社區治療與非自願住院治療之授權以同樣模式為之。事實上，兩種模式各有優點以及所遭遇之困難³⁹，不一定有絕對優劣。

有關CTO之執行政序上，安大略省的要求較簡單，只要一個精神科醫師作檢查並下結論即可；CTO執行期間為6個月，經由法院復審之後，可以更新6個月，同樣沒有最長執行期間之規定。

二、實踐情況及相關研究

本章節將分別針對加拿大上述兩個CTO制度的實證研究作介紹，以了解相關制度真實情況。礙於篇幅以及作者學經歷背景，故各只針對一個研究為敘述。另外，也會對於其他在研究方法上有不同切入點之相關研究作簡介。

（一）關於薩克其萬之實證研究

針對薩克其萬的CTO之研究方面，1998年學者曾針對在薩克其萬註冊執業之精神醫生共69人，針對1996年4月到1997年12月間，已經有96個案例之CTO制度作調查，調查結果共有50位醫生予以回覆，回覆率72%。其中，有48%曾經對病患施行CTO，且調查當時50位回覆者仍在治療14位CTO患者。

針對CTO之期間，最久雖曾有病人被留置24個月，然僅有6個精神科醫師曾經將病

³⁶ 這種代替決定者通常是患者之親屬。

³⁷ 有關這兩種標準的進一步比較研究，可參考：John E. Gray, Richard L O'Reilly, *Clinically Significant Differences Among Canadian Mental Health Acts*, 46 Canadian Journal of Psychiatry 316-317 (2001).

³⁸ John E. Gray, Richard L O'Reilly, *Clinically Significant Differences Among Canadian Mental Health Acts*, 46 Canadian Journal of Psychiatry 318 (2001).

³⁹ O'Reilly et al, *CPA Position Paper : Mandatory Outpatient Treatment*, 48 No7 Canadian Journal of Psychiatry insert1 (2003).

患留置達 1 年以上；未曾執行 CTO 之醫師，有 46% 預期自己未來可能會使用，而具執行經驗者更有 43 % 希望未來能增加 CTO 使用機會。此外，37% 受訪者曾經碰到醫師認為該病人符合 CTO 標準，但最後卻未選擇執行 CTO 之案例。

未使用過 CTO 之 26 名醫師行為原因探討方面，14 人（53%）表示他們不願強迫符合標準之病人接受 CTO，5 人（19%）認為並沒有關於 CTO 之足夠資訊，另有 5 人以為立法難以處理患者不遵守 CTO 時之問題，只有 1 人認為 CTO 並無必要。

62% 對於 CTO 在病人照顧上之效果感到滿意或非常滿意，而有 10% 不滿意或極不滿意；55% 對於薩克其萬省 CTO 申請與執行的支持感到滿意或非常滿意，而 16% 則為不滿意或非常不滿意。最後，有 37 % 之受訪者認為並沒有得到關於 CTO 之足夠資訊。此外，許多精神醫師認為 3 個月的期限規定過短⁴⁰。

儘管實證研究並非聖經，但以本研究為例，在薩克其萬省的精神科醫生眼中，對 CTO 肯定的意見仍較多，且使用的謹慎程度及留置期間過長的憂慮，尚無法認為已達濫用程度。其中較值得注意的是，本研究進行時，距離該省 CTO 之立法已經有近 4 年之久，但卻仍有 37% 的精神科醫師認為資訊不足，這點深值作為我國在設計強制社區治療之宣導教育時之參考。

（二）關於安大略省之實證研究

學者針對位於東安大略之普蘭區（Champlain District）的皇家渥太華醫院之 25 位 CTO 病人進行研究。研究者比較入院數字以及病人在 CTO 前後停留於醫院的時間長短，發現

關於 CTO 前後一年的入院數字，有顯著減少（ $t = 6.56$ ， $P < 0.01$ ）。在第一次進行 CTO 之前，78% 之病人有 2 次以上的入院，平均為 1.96 次。初次進行 CTO 之後，56% 不再入院，平均入院則為 0.6 次。此外，CTO 使用後，一年內病患花費在醫院的天數，相較於使用之前，顯著地減少（使用前之算數平均數 130，標準差 86；使用後之算數平均數 22，標準差 38； $t = 6.30$ ， $P < 0.01$ ）。此一結果顯示 CTO 與上開兩個數字顯著減少有關。

另一個衡量的項目則與支持設施有關（support services）。所謂支持設施，係指以社區為基礎之危機處置服務、心理健康以及醫藥措施，而異於住院期間所使用之醫療措施。按過去許多嚴重精神病患並沒有利用這些支持措施，然 CTO 的強制性既是為增加對病人的照顧，故研究者衡量此類措施的使用，並比較 CTO 前後設施使用率之改變，若是使用率有增加，患者應有得到更好的照顧。而在 CTO 使用之後，設施使用率的範圍有顯著增加（ $\chi^2 = 15.48$ ， $P < 0.01$ ）。這個增加的結果主要來自於醫院門診部門病患之開始移往社區設施中，上開推論之理由在於研究中有 75% 受訪者回覆自己曾用過 2 個以上的設施，故 CTO 與社區支持設施之利用增加有關。

此外，執行 CTO 前，安大略省規定病患需可得到關於自身權利之建議，且有機會對於醫師提議之執行 CTO 表示質疑。在本研究的樣本中，沒有任何人去質疑；此外在研究的期間，只有兩個病人的 CTO 有予以更新（renew）⁴¹。

⁴⁰ RL O Reilly, Keegan, JW Elias, *A Survey of the Use of Community Treatment Orders by Psychiatrists in Saskatchewan*, 45 Canadian Journal of Psychiatry 79-81 (2000).

在樣本數量以及取材來源而言，或許可以質疑此研究能否代表全安大略，不過這個研究確實也反應了，至少在樣本來源之地區，安大略省的 CTO 確實有呈現出某些成果。

(三)其他研究

以多倫多為研究地區，學者提出另外一種比較基準：有接受 CTO 與沒接受 CTO 者之比較，其控制組與對照組之區別在於有無接受 CTO，而其他面相之照顧之強度均相同，此時會呈現何種結果？

這種研究靈感能夠成真肇因於多倫多的社區精神研究計畫（community mental health program, CMHA）。其案件管理服務，致力於協調各種能支持與改進嚴重精神病患者生活之服務。處理的客戶有已施行 CTO 者（CTO 組），以及傳統上雖不會利用 CMHA，但卻獲益於 CMHA 之人。後者所提及之對象，在人口統計學資訊上與 CTO 組類似，而歸類為非 CTO 組。

換言之，研究者之目標係分成同樣接受 CMHA，但在有無接受 CTO 方面有所差異的兩個實驗組，縱然現實上仍有無法隨機取樣等缺陷存在。而研究人員的假設為，在相似的進入 CMHA 門檻，以及接受相似服務之下，兩個實驗組並沒有社會人口變數差異，而進一步認為兩組在醫院使用上不會有顯著差異。另外也假設有參與 CTO 之個人，在

CTO 到期或被取消後，對於後續之自願治療，較不可能參與。

結果兩實驗組在醫院使用上均有所減少，但 CTO 組減少較多。此外，對於 CMHA 一類的案件管理系統，CTO 組相較非 CTO 組也較有可能繼續醫療監督。雖然此研究也非沒有缺陷（例如樣本數量，且本研究之控制組與對照組數量不等），但研究仍顯示 CTO 對於協助過去持續拒絕各種措施之病患維持治療與參與社區支持設施，有一定幫助⁴²。

本章節以相當多篇幅回顧了針對加拿大 CTO 所做的實證研究，真正的用意僅在於闡述一件事實，即縱然實證研究仍有某些無法克服之困難或研究方法之瑕疵，但仍呈現了一種觀點：於研究範疇內，加拿大 CTO 制度之運作，確實有產生某些理想結果，制度運作上某程度而言係順利而有上軌道。

實證研究之經驗，令比較法研究對於不同社會背景脈絡，得以有更深刻的掌握，不同觀點的思考更可令研究者對於制度實踐情形有一定理解，而不致純粹基於抽象思考而鼓吹或反對。蓋我國若欲借鏡加拿大經驗，完備化我國強制社區治療法制，須對於制度運作的實然面有一定之理解，方能真正達上開目的。

此外，在加拿大討論脈絡之外，不同的研究方法也嘗試被納入，冀能對於 CTO 有更

⁴¹ 更新指進行新的 CTO 程序。See: Ann-Marie A O'Brien, Susan J Farrell, *Community Treatment Orders: Profile of a Canadian Experience*, 55 No1 Canadian Journal of Psychiatry 27-30 (2005).

⁴² Hunt et al, *Community Treatment Orders in Toronto: The Emerging Data*, 52 No 10 Canadian Journal of Psychiatry 647-656 (2007).

⁴³ 例如：有以流行病學的方式對於澳洲 CTO 制度有效性作探討，結果傾向肯定 CTO 者：Neil J Preston, Steve Kisely, Jianguo Xiao, *Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia*, 324 British Medical Journal, available at <http://www.bmj.com/cgi/content/full/324/7348/1244>(2002)；結果有所保留者：Stephen Kisely, Leslie Anne Campbell, Neil J. Preston, Jianguo Xiao, *Can epidemiological studies assist in the evaluation of community treatment orders? The experience of Western Australia and Nova Scotia*, 29 International Journal of Law and Psychiatry 507-515 (2006).

深刻的評量與了解⁴³，這些研究方法的發展趨勢也值得吾人注意。

肆、我國強制社區治療之未來

以下將針對我國強制社區治療之規定，以加拿大之經驗為參照，提出某些條文解釋以及未來修正之意見。在編排上，基於討論便利起見，將先介紹我國相關條文中最重要之精神衛生法 45 條之規定，其次分別就強制社區治療之標準、強制社區治療之同意、治療期間、決定程序與救濟為探討。

一、條文規定

精神衛生法第 45 條規定如下：

- (1)嚴重病人不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞，經專科醫師診斷有接受社區治療之必要，其保護人應協助嚴重病人接受社區治療。
- (2)前項嚴重病人拒絕接受社區治療時，經直轄市、縣（市）主管機關指定之專科醫師診斷仍有社區治療之必要，嚴重病人拒絕接受或無法表達時，指定精神醫療機構應即填具強制社區治療基本資料表、通報表，並檢附嚴重病人及其保護人之意見及相關診斷證明文件，事前向審查會申請許可強制社區治療；強制社區治療可否之決定，應送達嚴重病人及其保護人。
- (3)強制社區治療期間，不得逾六個月。但經直轄市、縣（市）主管機關指定之專科醫師診斷有延長必要，並報經審查會許可者，得延長之；其延長期間，每次以一年為限。強制社區治療期間，嚴重病人病情改善而無繼續強制社區治療必要者，辦理強制社區治療之機構、團體，應即停止強制社區治療，並即通報直轄市、縣（市）主管機關。強制社區治療期滿或審查會認無繼續

強制社區治療之必要者，亦同。

- (4)經中央主管機關認可之病人權益促進相關公益團體，得就強制社區治療進行個案監督及查核；其發現不妥情事時，應即通知各該主管機關採取改善措施。
- (5)第二項之申請，得以電訊傳真或其他科技設備為之。

二、治療標準

根據我國精神衛生法（下稱同法）第 46 條第 1 項之規定，適用社區治療之標準為「嚴重病人不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞，經專科醫師診斷有接受社區治療之必要」。此一標準之關鍵為，何謂「不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞」？同法沒有提供定義。

同法之立法理由，對於 46 條第 1 項，僅提到：「……部分嚴重病人常於出院後拒絕繼續接受治療，致病情一再復發而有自傷或傷人之行為，需要再強制住院治療。對於不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞之嚴重病人，如能適時強制其積極接受治療，不僅可以減緩其生活功能退化，亦得有效防止其精神疾病復發……」，亦無提供判準。

相關行政命令方面，根據同法第 46 條第 3 項之授權，主管機關衛生署訂定了「精神疾病嚴重病人強制社區治療作業辦法」。此辦法第 2 條規定如下：指定精神醫療機構（以下稱指定機構）對有下列情況之嚴重病人，得向精神疾病強制鑑定強制社區治療審查會申請許可施予強制社區治療：

- 一、不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞時。
- 二、經專科醫師診斷有接受社區治療之必要，但拒絕接受時。
- 三、經指定專科醫師以下稱指定醫師診斷，



有施予社區治療之必要，但嚴重病人拒絕接受或無法表達時。

上開規定之一、二款，僅係將母法的文字重新規定一次，無助於實質判斷；第三款則因文字中最核心之「必要」概念並無闡釋，故在協助決策者判斷病患是否該當強制社區治療之使用時，實益亦不大。

目前實務上檢驗此一標準時，可能須由比例原則切入，將必要解釋成比例原則之「必要性原則」為操作。

上開操作手法，實為實務上可能之解套方法。然觀本文寫作時點，除強制社區治療尚未試行之外，其他精神照護措施亦處於青黃不接階段，未來是否會健全發展仍係未知。若依前開論述，將「必要」解釋成「無最小侵害手段之必要性原則」，若存在有相同有效之侵害較小手段時，必要之要件不會成就，強致社區治療便不會採用。觀我國法之設計，主要係病患拒絕接受治療，方會考慮施行強制社區治療，故必要性原則之選項中，勸說病患自願接受治療，應非相同有效之方式。倘若我國之精神照護體系又無法於強制社區治療上路之時同步健全化，此種較小侵害之替代措施也無法使用，強制社區治療將被認為是相較於強制住院，侵害較小之唯一措施，而得以通過必要性原則之檢驗，倘若此種情形成真，此一要件將難以發揮篩漏功能，令強制社區治療之開啟可能較為容易。由於必要性原則並非全無不足之處，故本文

以為，細膩化「必要」一詞之解釋，仍舊有其意義⁴⁴。

以加拿大之經驗為例，安大略省以及薩克其萬省均同時採用了造成自己或他人傷害之標準，或是惡化性之標準。以安大略省之規定為例，需「該人居住於社區時，未持續獲得治療照顧或監督，可能會由於精神疾病，導致自己或他人嚴重的身體傷害，或實質上的精神或身體上的惡化」時，才可能使用CTO。如前所述，兩種標準的差別在於惡化性標準需先前已經罹患疾病方有惡化可能，故惡化性標準無從處理初次患病者。

本文以為，我國規定之「病情不穩或生活功能有退化之虞」，似較偏向加拿大法制下惡化性標準之規定，蓋病情不穩多會導致精神上惡化，而生活功能退化，身體恐難避免受影響，故本文主張，我國法上適用社區治療之標準，可以文義解釋之方式，納入加拿大惡化性標準之規定。

至於造成自己或他人傷害之標準，由我國規定文義解釋，似乎排除此種標準適用的可能。然而，若患者可能因精神疾病，而造成自己或他人損害時，應可視為是一種病情惡化之表現，故可依照擴張解釋方式將造成自己或他人傷害之標準亦納入我國法之中。倘若藉由文義解釋與擴張解釋，將加拿大法之標準內化為我國法社區治療之判準，將可大幅避免現行法毫無明確判準之處境，且某程度也符合我國法之文義，並非毫無依據可

⁴⁴ 較為具體化之要件建制並非加拿大之專利，以CTO決策方式與我國類似之英國為例，其2007年精神衛生法（mental health act 2007）當中，於第四章第32條第2項之17A第5款，明定下列相關標準：病人罹患嚴重精神疾病或病情嚴重到適合接受治療、為了病患健康或是保護他人故需要令病患接受治療、病患符合回院規定而治療可於社區中提供、精神醫師擁有執行回復入院之權限、能夠提供病患適當之治療。上開標準雖亦具有相當之抽象性，但可發現英國法已經在嘗試提供更詳盡細膩的判準，且第二個標準與加拿大之規定似有相似之處。由此一比較法經驗，似可認為判準之具體化與細膩化，或許係一立法上可努力之方向。僅一味依賴較抽象之必要性原則判斷，似有失進取。

言。然而，考量到強制社區治療之強制性格，若一味降低強制社區治療之門檻，亦非吾人所見。故對於需以擴張解釋方能納入我國法之造成自己或他人傷害之標準，審查會可採取較為嚴格的審查標準對個案事實做認定，以避免我國法立法文字與意旨遭到擴張解釋架空，亦可平息反對者對於惡化性標準牴觸我國法之疑慮。

至於加拿大法要求需具備精神病史，方可適用CTO之規定，在我國法下並無類似設計，立法理由中也無明確文字可認定我國有此種要求，且病史要求也遭到學者質疑有可能導致濫用的可能，並非全無缺點。若考量強制社區治療具有強制之性質，使用上應慎重為之，現行法下雖無類似加拿大法之規定，然此種病史要求若主管機關認為適當，可考慮令其成為審查是否施行強制社區治療之裁量基準之一，此種設計除可令病史實質上有被審查會納為考量因素，且若病史要求並非CTO前提要件，或許也能處理國外之流弊。

三、治療同意

同法之立法模式，乃於第 45 條第 1 項先訂定社區治療之規定，復又於同條第 2 項規定，嚴重病人拒絕接受社區治療時，經主管機關指定之專科醫師診斷仍有社區治療之必要，而嚴重病人拒絕接受或無法表達時，指定精神醫療機構應即填具強制社區治療基本資料表、通報表，並檢附嚴重病人及其保護人之意見及相關診斷證明文件，事前向審查會申請許可強制社區治療，而該可否之決定，則應送達嚴重病人及其保護人。於該規定之脈絡下，不僅於嚴重病人無法表達時委由醫

療機構做申請強制社區治療之判斷，若嚴重病人不願意接受社區治療，甚至已明確拒絕，判斷權限仍委由醫療機構為之。且立法理由中亦提及：「…惟嚴重病人拒絕接受專科醫生治療建議時，即有透過適當程序判斷有無對其強制施行社區治療之必要…」，故我國之設計屬薩克其萬之國家決定模式應無疑義。

國家決定模式與私人決定模式各有制度採用，相關的爭論也一直有存在，彼此之間應無絕對的優勝劣敗，其中之分野在於病患不能自己為決定時，此時將由何人「代替」精神病患做決定。故我國決定採用國家決定模式，本無不可，然我國法規定當病人拒絕時，仍可申請強制社區治療之規定，此一規定已與比較法上之國家決定模式之設計有所歧異。以薩克其萬之規定而言，僅有病人不能決定時，才可由國家代為決定施予CTO，若病人尚有決定能力，治療與否自然需病人同意，並非如同我國可以於病人明白表示反對之下，強行施加治療。換言之於我國規定下病人之同意有可能完全無法影響強制社區治療之採用。立法理由中固有嚴重病人拒絕接受治療建議時，即有透過適當程序判斷有無對其強制施行社區治療之必要等文字，然而國家可以無視病患意志，強行代其為接受社區治療之決定之理由為何，於立法理由中仍付之闕如。

強制社區治療本質上雖係一種對於精神病患者之治療模式觀之，但治療並非全無痛苦過程，關於治療之副作用也曾經成為學者討論之焦點⁴⁵，強制施加可能帶來精神病患痛苦之社區治療，係一種極度忽視個人自主之規定，與精神病患之病人自主權恐已產生

⁴⁵ Richard O'Reilly, *Why Are Community Treatment Orders Controversial?*, 49 No 9 Canadian Journal of Psychiatry 582 (2004).



緊張關係⁴⁶。且強制社區治療雖為社區治療，但即便患者不再需要拘禁於機構之中，而可在社區中生活，無法否認的是這些人或許一開始便不應被施加違反其意志之措施，吾人不應因強制社區治療高舉「治療疾病」、「社會復歸」之大旗，便忽略其社會控制之成分，以太過寬鬆的態度對待此制度，故本文認為現行法可無視病人拒絕而強行施加治療之規定，過度忽視病患意志，有所不妥，未來維持國家決定模式雖並無不可，惟立法機關應考量將病患拒絕之文字刪除。

四、治療期間

同法 45 條第 3 項規定強制社區治療不得逾 6 個月，但經主管機關指定之專科醫師診斷有延長必要，並報經審查會許可者，得延長之，而延長期間，每次則以一年為限。然無論精神衛生法條文、立法理由或相關行政命令，均未提及延長次數，故形同無限期延長。

以加拿大之經驗而言，薩克其萬與安大略省均未設計最長治療期限之規定，某程度上也有無限期社區治療出現之可能。此種設計或許受到實證研究認為病患接受 CTO 的時間越長效果越理想之影響，然強制社區治療固然不同於直接拘束人身自由之住院治療，但仍對於病患自由有相當之干預，故相關程

序設計仍應趨向嚴謹。

上開加拿大二省對於 CTO 之繼續執行，均有審查之規定，前者需通過同樣監督住院治療之審查委員會審查通過，後者則需由法院復審。反觀我國在延長治療時，僅需由專科醫師報經審查會許可即為以足，文義上並未要求重做審查，此一標準相較加拿大仍略顯草率。故可修法規定專科醫師每次申請延長強制社區治療，審查會均需重開實體審查，不得僅做形式上的許可，如此對於精神病患之保障會較為周詳完備。

五、程序保護

我國對於強制社區治療之決定，主要交給精神衛生法第 15 條規定之精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會審查（以下簡稱審查會）。此一審查會之組成人員有專科醫師、護理師、職能治療師、心理師、社會工作師、病人權益促進團體代表、法律專家及其他相關專業人士。而審查會召開審查會議，得通知審查案件之當事人或利害關係人到場說明，或主動派員訪查當事人或利害關係人。主管機關另外有訂立精神疾病強制鑑定強制社區治療審查會作業辦法。

相較於僅需要 2 位與 1 位精神醫師同意即可的加拿大法制，我國法的規定更為嚴謹細膩⁴⁷。然而對於應提供病患之救濟途徑與

⁴⁶ 此種權利有認為係來自近代醫學倫理，亦有認為係由於對於人性尊嚴之強調而促成對於父權思想醫療模式之反省等不同見解。有關病人自主權之問題極為複雜，非本文篇幅所能處理，對於此問題可參見：王皇玉，〈醫療行為於刑法上之評價：以患者之自我決定權為中心〉，《國立臺灣大學法律學研究所碩士論文》，1995 年 6 月。在精神病患脈絡之下提及此問題者可參閱：洪長成，〈強制精神醫療審查會之社會控制機能〉，《國立臺灣大學法律學研究所碩士論文》，2009 年，頁 113-175；林思蘋，〈強制治療與監護處分一對精神障礙者之社會控制〉，《國立臺灣大學法律學研究所碩士論文》，2009 年，頁 57-62。上開二論文之討論重心固著重於強制住院制度，與強制社區治療仍屬有別，但某些哲學思想之探討仍有互通之處。

⁴⁷ 強制社區治療至今尚未正式上路，然而精神衛生法修法後設計之審查會，已經介入了強制住院之審查。在筆者找到之有限資料中，似乎顯示審查會並非僅是橡皮圖章，故我國法制應屬嚴謹細膩，且能

資訊還，關於前者，目前我國法目前仍只能針對審查會之許可處分，進行行政救濟程序；至於後者於精神衛生法中則無詳細之規定。比較法上，西澳洲精神衛生法（**Western Australian Mental Health Act**）對此有較詳盡規定⁴⁸，該法第七部分，對於病人權利保護之規定包含由精神健康審查局（**Mental Health Review Board, MHRB**）予以審查 CTO 決定之權利，以及向第二位精神科醫師尋求意見之權利。在資訊提供方面，則有研究關注 CTO 之採用是否有與病患討論、告知上開法律權利之，以及告知延長治療等。

然儘管有嚴密規定，針對上開資訊通知之規定實際運作情形，有學者對之進行實證研究，其結果顯示，西澳洲精神健康法某些項目之實踐表現並不佳。例如尋求第二項醫師意見之權利，在實踐上表現不佳⁴⁹。觀澳洲有法律明文規定，完備程序保護之理想尚且難以完全落實，反觀規範相對較為空白之我國法，告知病患資訊之程序保障究竟能達何種程度，不無疑問。

蓋精神病患除地位弱勢之外，因其容易被社會貼上標籤，實係弱勢中的弱勢。且精

神衛生法在修法時，既已將病患之權利保障納為首要之任務，為避免病患之程序保護真空化，不致缺少最低程度之程序保障，且不讓修法有為德不足之憾，上開權利清單以及資訊告知規定之增訂，應深值立法者於修法時納入精神衛生法中。有關權利告知以及資訊提供等權利，似可考量於精神衛生法中予以明定，或為原則規定，並授權行政機關以法規命令將細節等事宜予以詳細規定。此外，西澳洲規定之救濟程序中，允許病患可向第二位精神醫師尋求意見，此種規定，亦有值得我國借鏡之處，值得立法者斟酌參考。

伍、結 論

強制社區治療在我國係一全新制度，至今並無案例存在，也鮮有國內文獻探討。然而，此種制度終有一天將出現實際適用案例⁵⁰，故相關解釋疑義與修法方向，仍有探討必要。

本文對強制社區治療之制度以及爭議進行簡單介紹，並以較為接近我國制度之加拿大法制為參照，對於我國現行強制社區治療之規定提出建議，主張現行強制社區治療之

夠執行之先進立法，值得吾人嘉許。有關審查會之發揮，可參閱：<www.心生活.tw/editor_ndoc/editor_docview.asp?id=24>，查訪日期：2010 年 3 月 28 日。

⁴⁸ 西澳之強制社區治療制度，與加拿大制度有一共通之處，即制度引進時間較晚。澳洲雖然各州都有強制社區治療之規定，然而文獻上多挑選西澳以及維多利亞制度來探討。前者於 1996 年才引進，係一人口較不稠密之行政區；後者則係包括了大城市墨爾本，人口較稠密的行政區，該州自 1986 年時引進強制社區治療制度，係澳洲制度中歷史最悠久者。可參見：Rachel Churchill, Gareth Owen, Swaran Singh, Matthew Hotopf, *International experiences of using community treatment orders*, Institute of Psychiatry, London 40 – 41, 43 (2007).

⁴⁹ Tim Rolfe, Bernadette Sheehan and Rowan Davidson, *Are consumers on community treatment orders informed of their legal and human rights? A West Australian study*, 17 *International Journal of Mental Health Nursing* 38-39 (2008).

⁵⁰ 本文寫作時，有新聞報導男子遭有輕微精神障礙者推下月臺之事發生，此種精神病患之傷人案例，未來或許有可能成為強制社區治療之案例。新聞參見：<<http://n.yam.com/view/mkvideopage.php/20090613132780>>，查訪日期：2009 年 6 月 20 日。



適用標準，可依文義解釋以及擴張解釋，納入加拿大之判準，彌補我國法適用標準空泛之弊病；另外也參考比較法制，認為我國法可無視病人之反對施予強制社區治療之規定有所不妥，應予刪除；在治療期間方面，應明定每次延長治療均應經由審查會實體審查通過方可為之；在程序保障以及救濟上，由於加拿大法制也較為缺乏，可以西澳洲法制之規定為借鏡，可考量於修法時，加入強制社區治療病患之權利清單以及資訊提供之規定。本文期許我國精神衛生法之規定，能夠往更為周全明確之標準，以及嚴密謹慎之程序保障方向做修正，如此方為病患以及家屬之福。

參考文獻

一、中文部分

1. 王皇玉，〈醫療行為於刑法上之評價：以患者之自我決定權為中心〉，《國立臺灣大學法律學研究所碩士論文》。
2. 洪長成，〈強制精神醫療審查會之社會控制機能〉，《國立臺灣大學法律學研究所碩士論文》。
3. 林思蘋，〈強制治療與監護處分—對精神障礙者之社會控制〉，《國立臺灣大學法律學研究所碩士論文》。
4. 吳建昌、宋維村，〈強制社區治療之倫理問題〉，《臺灣精神醫學》，第22卷第2期。

二、外文部分

1. Rachel Churchill, Gareth Owen, Swaran Singh, Matthew Hotopf (2007), International experiences of using community treatment orders, Institute of Psychiatry, London (2007), Available at <<http://www.iop.kcl.ac.uk/news/downloads/final2ctoreport8march07.pdf>> .
2. Jeffrey L. Geller (2006), The evolution of outpatient commitment in the USA: From conundrum to quagmire, International Journal of Law and Psychiatry 29 (2006).
3. John E. Gray, Richard L. O'Reilly (2005), Canadian compulsory community treatment laws: Recent reforms, International Journal of Law and Psychiatry 28 (2005).
4. John E. Gray, Richard L O'Reilly (2001), Clinically Significant Differences Among Canadian Mental Health Acts, Canadian Journal of Psychiatry 46 (2001).

5. Alison M Hunt, Angela da Silva, and others (2007), Community Treatment Orders in Toronto: The Emerging Data, Canadian Journal of Psychiatry 52, No 10 (2007).
6. Stephen Kisely, Leslie Anne Campbell, Neil J. Preston, Jianguo Xiao (2006), Can epidemiological studies assist in the evaluation of community treatment orders? The experience of Western Australia and Nova Scotia, International Journal of Law and Psychiatry 29 (2006).
7. Richard L O'Reilly, Simon A Brooks, and others (2003), CPA Position Paper: Mandatory Outpatient Treatment, Canadian Journal of Psychiatry 48 No7 (2003).
8. Richard O'Reilly (2004), Why Are Community Treatment Orders Controversial?, Canadian Journal of Psychiatry 49, No 9, (2004).
9. Anthony J. O'Brien, Brian G. McKenna, Robert R. Kydd (2009).
10. Compulsory community mental health treatment: Literature review, International Journal of Nursing studies, in press, available at <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.006> (2009).
11. RL O'Reilly, Keegan, JW Elias (2000), A Survey of the Use of Community Treatment Orders by Psychiatrists in Saskatchewan, Canadian Journal of Psychiatry 45 (2000).
12. Ann-Marie A O'Brien, Susan J Farrell (2005), Community Treatment Orders: Profile of a Canadian Experience, Canadian Journal of Psychiatry 50, No 1 (2005)。
13. Paddy Power (1999), Community treatment orders: the Australian experience, The Journal of Forensic Psychiatry 10 No1 (1999).
14. Neil J Preston, Steve Kisely, Jianguo Xiao (2002), Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia, British Medical Journal 324, available at <<http://www.bmj.com/cgi/content/full/324/7348/1244>>(2002). >
15. Tim Rolfe, Bernadette Sheehan and Rowan Davidson (2008), Are consumers on community treatment orders informed of their legal and human rights? A West Australian study, International Journal of Mental Health Nursing (2008).

三、網站

1. <<http://www.snbexpress.com/brian/index.html>>，查訪日期：2009 年 6 月 15 日。
2. <<http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/mental/faq.html>>，查訪日期：2009 年 6 月 15 日。
3. <<http://www.libertytimes.com.tw/2009/new/nov/7/today-life12.htm>>，查訪日期：2010 年 3 月 28 日。
4. <http://www.心生活.tw/editor_ndoc/editor_docview.asp?id=24>，查訪日期：2010 年 3 月 28 日。